

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1911-1912 — N° 79

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'OPÉRATION DE DELORME-JUVARA
POUR PROLAPSUS RECTAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 janvier 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis-Joseph-Albert DUMONT

Ex-interne des hôpitaux de Besançon

Né à Saint-Julien-les Montbéliard (Doubs), le 29 mars 1887.



A. MALOINE, ÉDITEUR

6, RUE DE LA CHARITÉ
LYON

25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1912

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'OPÉRATION DE DELORME-JUVARA
POUR PROLAPSUS RECTAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1911-1912 — N° 79

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'OPÉRATION DE DELORME-JUVARA
POUR PROLAPSUS RECTAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 janvier 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis-Joseph-Albert DUMONT

Ex-interne des hôpitaux de Besançon

Né à Saint-Julien-les-Montbéliard (Doubs), le 29 mars 1887.



A. MALOINE, ÉDITEUR

6, RUE DE LA CHARITÉ
LYON

25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARB.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale.	X...
Chimie médicale et pharmaceutique.	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.	BEAUVISAGE.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire.	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.	X...
Médecine légale.	PIAVOT.
Hygiène.	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.	COURMONT (P.).
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LEPINE.	LATARJET.	MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).
COMMANDEUR.	MARTIN (El.).	LERICHE.	GUILLEMARD.
GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. VALLAS, Président ; M. ROCHET, Assesseur ;
MM. LAROYENNE et LERICHE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Je dédie ce modeste travail en témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MA SOEUR

A MON FRÈRE

A mon Ami le Docteur PIERRE CUINET

Après avoir égrené en commun les mêmes réjouissances et les mêmes soucis, sous le ciel large d'une heureuse indépendance, il restera mon plus intime ami.

Qu'il me soit donné de lui chanter encore et toujours le joyeux passé, qui a fait belle et heureuse notre vieille amitié.

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur PONCET

Professeur de clinique chirurgicale
Associé national de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

En reconnaissance du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la prési-
dence de notre thèse.

A Monsieur le Professeur agrégé LERICHE

Assistant du professeur Poncet

C'est à lui que nous devons l'idée de
ce travail. Il ne nous a pas ménagé ses
conseils et a droit à toute notre grati-
tude.

A NOS MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A NOS MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON

Témoignage de notre vive gratitude
et de notre très respectueux dévouement.

INTRODUCTION

Il y a trois ans, une malade entrant dans le service de la clinique de M. le professeur Poncet parce qu'elle souffrait d'un prolapsus du rectum. M. le professeur agrégé Leriche lui fit l'opération de Delorme. La malade sortit de l'hôpital en bonne voie de guérison, elle eut la persévérance de se présenter souvent à son opérateur, qui put ainsi se rendre compte des résultats éloignés de cette méthode, relativement nouvelle. Il nous a conseillé d'en faire le sujet de notre thèse, et de rechercher quels sont les avantages et les inconvénients que le chirurgien est en droit d'attendre d'une semblable intervention.

Aussi, notre but n'est pas de faire une étude générale du traitement des prolapsus rectaux, ce sujet a été longuement traité dans la thèse de M. Lenormant. Nous ne voulons pas non plus faire l'étiologie de ces accidents. Nous localisons à dessein notre étude sur l'opération de Delorme, plus ou moins modifiée par cet auteur lui-même et par Juvara.

Nous insisterons un peu, tout au début, sur l'historique, parce qu'il présente plusieurs particularités intéressantes.

Nous décrirons ensuite la technique de Delorme, ses modifications ultérieures, les méthodes similaires et, en particulier, celle de Juvara.

Dans un troisième chapitre, nous donnerons des documents cliniques comprenant l'observation qui fut le point de départ de notre thèse, et les cas que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale.

Enfin, sur les conseils, et d'après les idées de notre maître, M. le professeur agrégé Leriche, nous rechercherons le mode d'action, les avantages, les inconvénients de cette méthode. Cette étude critique nous permettra de poser les indications et les contre-indications de cette opération.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le prolapsus complet du rectum, tel qu'on l'observe chez l'adulte, est une affection incurable spontanément, c'est, de plus, une infirmité qui finit par rendre insupportable le ou les malades qui en souffrent; par ses complications, elle est aussi une menace permanente d'incidents qui peuvent devenir mortels. Aussi, médecins et chirurgiens ont depuis longtemps cherché à guérir cette lamentable infirmité, et le nombre des procédés créés en vue de lutter contre cette affection est considérable. Cruvelhier, les passant en revue, a pu dire qu'il paraît difficile d'imaginer une méthode qui n'ait été tentée.

Et pourtant, l'opération que Delorme et Juvara proposèrent à peu près à la même époque, est basée sur un principe très nouveau. Elle consiste à pratiquer d'abord l'excision simple et large de la muqueuse rectale, puis à faire, par des points de suture, un plissement transversal de la tunique musculaire de la portion prolabée. Aussi, on ne peut la rattacher ni aux méthodes qui maintiennent en place le rectum réduit (traitement conservateur), ni aux méthodes qui suppriment la partie prolabée (procédés d'exérèse).

Les premières publications qui s'y rapportent méritent d'être relatées en détail : elles nous offrent un exemple des polémiques si fréquentes entre savants sur la question de priorité en matière de découverte, et des moyens que l'on a de résoudre ces difficultés.

Elles sont intéressantes aussi parce qu'elles nous montrent comment « deux chirurgiens évoluant loin de l'autre, à l'insu l'un de l'autre, arrivent, en partant de la même idée, aux mêmes résultats, grâce à la grande rigueur logique qui préside à « leurs tentatives ».

« Le 19 octobre 1898, M. Delorme opérait un prolapsus rectal : il comptait faire, par la voie périnéale, une ablation sous-péritonéale de toute la partie du rectum, dans le but d'éviter toute chance de récurrence. Mais, surpris de l'excessive laxité des liens qui unissaient la muqueuse à la musculuse et de l'épaisseur anormale des fibres sphinctériennes de l'intestin, il voulut conserver cette étoffe musculaire si développée, et se décida à extirper seulement la muqueuse dont il fixa à la peau de l'anus la tranche supérieure.

Il fut enchanté de ces résultats et présenta ce premier malade le 8 février 1899 à la Société de chirurgie, puis à l'Académie de médecine. Peu de temps après, il eut l'occasion d'appliquer cette méthode nouvelle à deux autres malades. Le 9 mai 1900, il exposait à la Société de chirurgie la technique très détaillée de cette opération. Le 30 octobre 1900, il y ajoutait un temps supplémentaire : il conseillait de placer quatre points de suture de soutien musculo-musculaire, pour unir les fibres circulaires du rectum aux fibres les plus internes du sphincter, et il opéra trois malades suivant son procédé modifié.

Le 19 juin 1901, Delbet fit un rapport à la Société de chirurgie sur une méthode nouvelle proposée par Juvara de Bukarest; dès le début de son exposé critique, il constate que le procédé n'est pas neuf. En effet, les deux temps principaux sont superposables à ceux de l'opération de Delorme. Le reportant aux dates de publication, il attribua l'idée de la résection de la muqueuse à Delorme, celle de la plicature musculuse à Juvara.

Le sujet revint en discussion aux deux séances suivantes; Poirier émit cet erreur que « la tradition et le bon sens sont d'accord pour reconnaître la priorité à celui qui, le premier, a fait une publication sur l'objet en litige; et à cette occasion, Reclus rappela l'opinion de Verneuil, pour qui le rôle prépondérant, l'argument de premier ordre en pareille discussion, était la publication lachos-écrite.

C'est alors que Delbet, ayant reçu plus amples renseignements de Juvara, lui accorda la priorité complète, puisque la première application de sa méthode, signalée par une publication, remontait à 1896.

Aujourd'hui, le procédé opératoire qui fait l'objet de notre étude, est appelé « opération de Juvara-Delorme ». Et pourtant, la question de priorité n'est pas encore définitivement établie, puisque Lenormant, dans sa thèse, considère Trèves comme un précurseur inconscient des deux chirurgiens, et que les auteurs allemands, en particulier Rottier, attribuent la paternité de cette technique à Rehn et à Delorme.

CHAPITRE II

A. — La technique opératoire de l'opération de Delorme.

M. Delorme l'a exposée tout au long dans deux communications qu'il fit à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie en mai et en octobre 1900.

Elle est également fort bien décrite dans la thèse de Lenormant, à qui nous empruntons la plupart des détails suivants :

Premier temps. — Dilatation forcée de l'anus jusqu'aux ischions. Cette manœuvre doit être faite par un aide pour que le chirurgien ne s'infecte pas.

Deuxième temps. — On procède à la séparation du sphincter et de la muqueuse. On étale d'abord et l'on tend cette région au moyen de pincés à griffes appliquées sur la muqueuse.

A l'union de la muqueuse et de la peau, on fait deux incisions demi-circulaires, l'une postérieure (inférieure), l'autre antérieure (supérieure). Ces incisions ne comprennent, bien entendu, que la muqueuse.

On repère cette muqueuse avec des pincés et l'on procède alors à son décollement, soit au moyen d'un instrument mousse, du doigt, ou mieux, d'un bistouri. Cette

manœuvre est assez facile et rapide dans la plupart des cas.

On découvre d'abord le bord libre du sphincter externe, que l'on aura souci de respecter soigneusement. Bientôt on voit apparaître des fibres musculaires rouges, ce sont les faisceaux du sphincter externe, puis, on dégage les fibres presque blanches du sphincter interne, et enfin les fibres annulaires, blanches aussi, de la musculuse, qui lui fait suite, et qui, hypertrophiés, forment une couche épaisse, continue, ayant l'aspect de chair de poisson. Peu à peu, le globe rectal s'agrandit, globe volumineux sur lequel sont étalées les fibres circulaires de l'intestin.

Le décollement est plus facile en avant que sur les côtés et en arrière. Aussi, Delorme conseille de dégager d'abord la muqueuse en avant et sur les côtés (sur une hauteur de 8 à 10 centimètres), on complète alors la séparation en arrière et en haut sur quelques centimètres.

On place en travers d'elle une ou deux pinces, qui obturent sa cavité; au-dessous d'elles, on place d'autres pinces de repère, puis on sectionne le manchon muqueux entre les deux séries de pinces. On achève de haut en bas et non plus de bas en haut, ce qui serait plus difficile, la séparation de la muqueuse postéro-inférieure qui forme un lambeau quadrilatère encore adhérent. On reprend plus haut le décollement circulaire. Et M. Lenormant conclut que le décollement muqueux est toujours un temps assez délicat, surtout lorsqu'on arrive au niveau des plis d'invagination où les adhérences muco-membraneuses sont très intimes.

On parvient enfin à la cavité du cylindre invaginé et

on retrouve une muqueuse normale, pâle, exsangue, moins épaisse, solide.

Il faut arrêter le décollement quand on constate, après une traction modérée, que le manchon muqueux tend à remonter.

Delorme poussa le décollement très haut dans ses deux premières opérations, et il ne s'arrêta que lorsque le manchon muqueux remontait de lui-même à plusieurs centimètres. Il réséqua aussi 30 à 80 centimètres de muqueuse. Un accident mortel lui fit abandonner cette pratique dangereuse. Il conseilla alors de s'arrêter dans le décollement dès qu'il y a traction légère.

Actuellement, on fait des excisions de 15 à 20 centimètres au plus.

Le troisième temps comprend, dans le premier procédé opératoire décrit par Delorme, uniquement l'excision et la suture de la muqueuse. Il fend sur une longueur de 4 ou 5 centimètres la paroi antérieure du cylindre muqueux, un peu au-dessus du point où elle sera excisée définitivement. Grâce à cette fente, on peut passer — de bas en dedans, puis de dedans en dehors, quatre fortes soies n° 4 en V, réunissant la muqueuse — à la peau de l'anus, aux quatre points cardinaux de l'orifice anal.

Après avoir placé ces quatre fils de soutien, chaque quart de circonférence de la muqueuse intermédiaire aux points en U est suturé, au fur et à mesure de la résection.

Dans ses dernières opérations, Delorme compléta sa technique en ajoutant au troisième temps opératoire une suture de soutien musculo-musculaire, destinée à donner plus de garantie contre l'ascension possible de man-

chon muqueux, souvent friable. Ce sont des fils perdus réunissant par des anses les fibres annulaires du manchon intestinal aux fibres les plus internes du sphincter externe. On les place aux quatre points cardinaux du cylindre invaginé, près de son sommet, achevé alors comme précédemment.

On fait alors un pansement iodoformé ou au salol, puis on enveloppe largement de ouate le périnée, les fesses, les racines des cuisses. On a soin d'attacher solidement les genoux, et de recommander au malade l'immobilité complète.

SOINS CONSÉCUTIFS

Ils sont nombreux, délicats et de première importance. C'est en partie d'eux que dépend le succès de l'opération qui peut être compromis par des négligences.

L'immobilisation du malade doit être rigoureuse pendant quinze à vingt jours.

L'opéré doit être constipé, et à cet effet on lui administre de l'opium jusqu'au premier pansement, c'est-à-dire pendant dix à douze jours. Il est naturellement soumis à la diète sévère : celle-ci est absolue pendant les deux premiers jours, qui suivent l'opération; on évite aussi les efforts, les nausées, les vomissements que provoque souvent le chloroforme ou l'éther.

Jusqu'au huitième jour on soutient le malade au moyen d'un peu de bouillon, quelques jaunes d'œufs, quelques cuillerées de lait. A partir de ce moment, on donne une nourriture composée d'œufs, de viande, laissant peu de déchet, très peu de légumes, et il ne faut pas donner de pain.

L'alimentation ordinaire est reprise le quinzième ou le vingtième jour.

Le premier pansement est fait au dixième jour, avec infiniment de précautions, les genoux du malade restent attachés.

On enlève les fils en U. Quant aux autres, ils sont déjà tombés pour la plupart.

Au douzième jour, on procède à la déconstipation du malade au moyen de lavements glycerinés, de vaseline boriquée; l'immobilisation du patient doit être encore rigoureuse.

Au vingtième jour, le malade peut se lever.

Et M. Delorme ajoute : « Certaines de ces précautions pourront paraître exagérées, elles n'ont rien d'excessif, leur oubli pourrait compromettre à tout jamais les résultats de l'opération la mieux conduite, en permettant la distension ou l'ascension d'une cicatrice qui doit rester linéaire et anale. »

B. — Procédés opératoires similaires.

Au premier rang se place l'opération de Juvara, qui est superposable, dans ses temps principaux, à l'opération de Delorme. Delbet en fait la description dans un rapport qu'il lut à la Société de chirurgie de Paris le 19 juin 1901.

Le temps principal, c'est la résection de la muqueuse rectale, faite comme dans l'opération de Delorme. Le deuxième temps comprend le plissement transversal de la tunique musculaire de la portion prolabée, et sa transformation en un anneau épais qui est réduit et fixé dans l'épaisseur du périnée, au-dessous du sphincter externe.

Juvara l'exécute ainsi : « A la base du cône musculaire, on commence par placer une série de catguts moyens. Chaque fil, conduit par une aiguille courbe, traverse d'abord la couche musculaire sur une largeur de 1 centimètre, soit par un trajet de 3 à 4 millimètres, pour y pénétrer de nouveau et ressortir à 1 centimètre plus haut. On place aussi une couronne de fils distants de 1 cent. 1/2 à 2 centimètres. Les fils, serrés et croisés, ramassent les faisceaux, en plissant transversalement la tunique musculuse et en la raccourcissant d'autant. Une deuxième rangée, placée au-dessus de la précédente, amasse de nouveaux faisceaux musculaires, et plissent une nouvelle portion de la tunique. Les fils alternent avec ceux de la première rangée. Une troisième rangée, plus superficielle, réunit l'une à l'autre les plicatures déterminées par les deux séries de fils précédentes. » Par ce procédé, dit Juvara, on crée de l'étoffe même de la portion prolapsée de l'intestin, un canal anal, c'est-à-dire une filière étroite et longue, qui embrasse l'extrémité inférieure de l'intestin et s'oppose d'une manière efficace à sa chute. Cet anneau musculaire est repoussé dans l'épaisseur du périnée au-dessus du sphincter, où il est fixé par une nouvelle série de fils. Ce deuxième temps correspond, en somme, à la suture de soutien musculo-musculaire de Delorme, avec la différence que cette dernière se compose de quatre fils perdus, seulement.

Dans un troisième temps, Juvara procède au rétrécissement de l'orifice en passant deux ou trois fils en U transversal ou profond.

C'est, comme le fait remarquer Delbet, une anorraphie sans perte de substance.

Dans un quatrième temps, on suture la muqueuse à la peau, suivant le procédé de Witeheard.

Rötter, en 1908, présenta à la Société libre des chirurgiens de Berlin trois malades opérés suivant la technique de Rehn-Delorme-Juvara, l'un d'eux aurait tendance à faire une récurrence. Aussi, pour éviter le retour d'un pareil accident, il conseille de combiner cette méthode à l'une des opérations qui rétrécissent les dimensions du sphincter, et il propose soit l'excision d'un coin de la muqueuse rectale et du sphincter, que l'on suture ensemble, suivant le procédé d'Helperich, soit la suture des bords avivés des releveurs, à la partie postérieure du sphincter, suivant la méthode d'Hoffmann. La première combinaison a d'ailleurs été employée par Bier, qui s'en déclare très satisfait. Le procédé d'Hoffmann consiste à faire une incision rétro-rectale en semi-circulaire : on met à nu la partie postérieure du sphincter et les fibres postérieures du releveur de l'anus. Le sphincter étant tiré en avant par une pince, on plisse au moyen de quelques fils transversaux le plan des releveurs; par cette manœuvre, le plancher pelvien est relevé et l'orifice anal porté en avant, ce qui diminue d'autant les chances de récurrences.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Les malades opérés suivant cette méthode sont peu nombreux, puisque depuis la thèse de Lenormant, qui relate une dizaine de cas, nous n'avons pu trouver dans la littérature médicale que cinq observations s'y rapportant, 2 de Vignard (Nantes), et 3 de Rotter.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Leriche.)

Prolapsus du rectum. Résection de la muqueuse (procédé de Delorme). Guérison datant de trois ans.

T... Jean, 17 ans 1/2, employé de banque. Il entre le 15 février 1908, dans le service de M. le professeur Poncet, pour un prolapsus du rectum. Ce prolapsus date de la première enfance. C'était un prolapsus muqueux qui aurait disparu momentanément sous l'influence d'un traitement dont il ne connaît pas le détail.

Depuis cette époque, il n'a eu ni entérite, ni hémorroïde, il est un peu constipé depuis plusieurs mois.

Il s'est aperçu, il y a un an et demi, d'un léger prolapsus non douloureux pendant la défécation. L'éversion du rectum est allée en s'accusant de plus en plus, insensiblement, sans douleur, et ce prolapsus devient de moins en moins réductible.

A l'examen, on trouve un sphincter encore résistant ; le périnée est bon. Dans les efforts, il sort un assez grand cylindre muqueux, qui, au repos, fait un léger bourrelet dans le rectum.

Le 18 février, sous anesthésie à l'éther, le prolapsus paraît beaucoup plus considérable. On peut attirer 8 à 10 centimètres au moins de muqueuse au dehors. Cette constatation donne à M. Leriche l'idée d'appliquer ici le procédé de Delorme.

Il attire donc au dehors toute la partie du rectum qui peut s'extérioriser, et il fait une incision circulaire de la muqueuse à ce niveau. Le cylindre muqueux supérieur est immédiatement repéré avec des pinces, puis le cylindre inférieur est disséqué de haut en bas après avoir été fendu en deux valves. Cette dissection provoque une hémorragie en nappe, assez abondante et difficile à arrêter. Cet incident constitue le gros ennui de cette opération qui pourrait, de ce chef, être dangereuse chez les personnes affaiblies ou âgées. Dix bonnes minutes suffisent à peine pour faire l'hémostase. On termine par la suture cutanéomuqueuse assez exacte, sauf en avant où l'on place, par prudence, une petite mèche de gaze. On fait un pansement intra-rectal autour du drain.

Les suites de cette intervention sont très simples et la réunion s'est faite par première intention.

Le 29 février 1908, la malade quitte la clinique. Au toucher, on perçoit un gros bourrelet faisant tampon à hauteur de la prostate. La muqueuse tend peut-être à glisser. M. Leriche note à ce moment : « Récidive peut-être, mais pour l'instant, le résultat est satisfaisant. »

Le 30 mars 1911, le jeune homme vient spontanément se faire examiner : il ne souffre pas, n'a pas de prolapsus, mais quand il fait des efforts, bien que rien ne sorte, il a l'impression que quelque chose va sortir.

D'autre part, les matières marquent un temps d'arrêt dans l'ampoule et, à ce moment, effectivement il a besoin d'uriner.

Au toucher, on perçoit toujours le bourrelet précédemment signalé.

Le résultat général est donc bon, mais ne va pas sans de petits inconvénients.

Nous ferons remarquer que ce malade fut opéré suivant la première méthode proposée par M. Delorme, qui consiste à faire l'excision simple et large de la muqueuse rectale, et de pratiquer ensuite la suture du bord inférieur du cylindre muqueux restant à la peau de la marge de l'anus.

OBSERVATION II

(Présentée par M. DELORME à la Société de chirurgie, le 9 mai 1900.)

A... B..., 22 ans, profession de tailleur. Il entre le 3 octobre 1894, au camp de Châlons, pour un prolapsus du rectum.

Cette affection aurait débuté lorsque le malade avait 3 ans, mais jusqu'à l'âge de 9 ans, il ne l'a vu apparaître qu'à intervalles éloignés.

A l'âge de 9 ans, à la suite d'un coup de pied dans la région anale, le prolapsus réapparut, et à partir de cette époque, jusqu'à l'âge de 21 ans, il s'extériorise tous les huit ou quinze jours.

Etat actuel : la tumeur est globuleuse, longue de 8 à 10 centimètres de diamètre ; plus saillante en avant, elle est revêtue d'une muqueuse violacée, boursoufflée, sécrétante, non ulcérée ; elle sort au moindre effort que fait le malade, toutefois elle est facilement réductible.

Le malade éprouve des douleurs dans les reins, les cuisses, la vessie, il a de l'incontinence intermittente d'urine.

Le périnée est solide et le plancher assez résistant.

Le malade est opéré le 19 octobre 1898, suivant la technique décrite par Delorme. La dissection de la muqueuse est assez délicate, surtout au niveau du pli d'invagination. Quand celui-ci est franchi la tumeur se montre plus grosse qu'une tête de fœtus. La dissection est poursuivie jusqu'à ce que la muqueuse ne se laisse plus attirer qu'avec un léger effort. Le manchon muqueux, isolé et réséqué, atteint 30 centimètres.

Quatre fils en U sont placés comme fixateurs.

Les suites sont normales ; au onzième jour, on enlève les fils ; la cicatrice est linéaire et complète.

On administre alors au malade des lavements glycélinés et vaselinés.

Le malade peut se lever le vingtième jour. Il est présenté à la Société de chirurgie de Paris, à la séance du 14 février 1899.

OBSERVATION III

(Exposée à la Société de chirurgie de Paris, à la séance du 9 mai 1899, par M. DELORME.)

Prolapsus volumineux datant de l'âge de 8 ans. Excision d'un manchon muqueux de 80 centimètres. Désunion des sutures. Mort de péritonite.

X..., soldat, entre le 18 novembre 1898 à l'hôpital du camp de Châlons.

Depuis l'âge de 8 ans, le rectum sort à chaque défécation, de la longueur de l'index et rentre très facilement ; depuis cette époque, le malade présente également de l'incontinence d'urine.

A son entrée, il présente un prolapsus total sortant au moindre effort : le sphincter est encore assez énergique. Le périnée est solide et résistant.

Le malade est opéré le 24 novembre 1898. M. Delorme fait l'excision de la muqueuse suivant la technique habituelle, sans dilatation préalable de l'anus qui est perméable au passage de deux doigts.

La dissection est difficile au niveau de la demi-circonférence antérieure, en raison de l'hémorragie abondante (anesthésie au chloroforme difficile) et de la friabilité de la muqueuse, qui ne redevient résistante qu'à la limite du deuxième cylindre. On place quatre ou cinq pinces sur les artérioles qui saignent.

Après la dissection, la tumeur présente un énorme volume (12 centimètres de hauteur sur 10 centimètres de largeur).

Le décollement est poussé jusqu'à ce que l'on sente une traction un peu forte et que la muqueuse remonte d'elle-même de 6 ou 8 centimètres. Le manchon muqueux que l'on excise mesure alors une longueur de 80 centimètres.

On fait la suture de la muqueuse suivant le procédé habituel : quatre fils en U sont placés comme fixateurs. De plus, on cherche à rétrécir le sphincter anal par des soies perdues.

Les suites opératoires sont bonnes pendant les quatre premiers jours ; toutefois, le malade a de l'agitation et des envies fréquente d'uriner.

Le quatrième jour, sa température est de 38°4. Le pansement est souillé et odorant ; le cinquième jour, il a 37°8 le matin et 38°8 le soir.

Le poulx devient fréquent ; le malade a des nausées, il prend le facies abdominal, il éprouve des douleurs iliaques et épigastriques.

Le sixième jour, il a des vomissements et il meurt dans le colapsus à 6 heures du soir.

A l'autopsie : on constate que les sutures n'ont pas tenu et que l'extrémité du cylindre interne est remontée à 6 centimètres de l'anus.

Le cul-de-sac péritonéal est intact, mais la séreuse s'est infectée par propagation lymphatique, et l'on trouve des lésions de péritonite suppurée.

En résumé, l'opéré a succombé à une péritonite consécutive à l'infection aiguë du champ opératoire.

OBSERVATION IV

(Présentée par M. DELORME à la Société de chirurgie de Paris, séance du 9 mai 1899.)

Prolapsus datant de l'enfance. Excision d'un manchon muqueux de 28 centimètres. Guérison de plus de dix mois.

A... N..., entre en avril 1899, à l'hôpital militaire de Vincennes pour prolapsus rectal.

Il est porteur depuis l'enfance de ce prolapsus ano-rectal total, qui, actuellement, est long de 8 centimètres environ dans les efforts et qui est congestionné et sécrétant. Le malade a de la constipation habituelle. Son périnée est peu résistant.

Le malade est opéré le 18 juin 1899 suivant la technique décrite par Delorme ; la dissection de la muqueuse est facile, malgré la friabilité de cette dernière.

Le décollement est arrêté dès qu'une très faible résistance à la traction se fait sentir et que le manchon tend quelque peu à remonter. L'excision porte sur 28 centimètres.

Les sutures et le pansement sont faits comme d'habitude.

Les suites opératoires sont normales. Le malade se lève au seizième jour.

Il est revu dix mois et demi après l'intervention. La cicatrice dilatable, le périnée est plus résistant, le sphincter est contractile, il n'y a pas trace de récurrence ; le doigt explorateur, avant d'arriver dans l'ampoule, traverse un canal extensible et contractile ; la continence est parfaite.

OBSERVATION V

(Présentée par M. DELORME à la Société de chirurgie de Paris, séance du 30 octobre 1900.)

Prolapsus total du rectum. Excision de 20 centimètres de muqueuse. Guérison de trois mois.

L... P..., cultivateur.

Son affection remonte à l'âge de quinze ans. Le prolapsus est tantôt réductible, tantôt irréductible, et gênant la marche.

Les selles sont fréquentes.

L'aggravation date de 1899 : le malade eut une crise de dysenterie, et dès ce moment le prolapsus devint douloureux ; il fut plus souvent irréductible, il saigna beaucoup et bientôt présenta le volume d'un œuf de poule ; sa longueur est de 8 centimètres environ dans les efforts.

Le malade est opéré le 29 juillet 1900, suivant la technique décrite par Delorme lui-même. La dissection est difficile à cause de la friabilité de la muqueuse, qui nécessite des repérages difficiles du fait de l'excision d'un manchon de 20 centimètres.

M. Delorme fait alors une suture de soutien musculo-musculaire suivant le procédé décrit dans sa technique modifiée.

Il termine par la suture de la muqueuse.

Les suites opératoires sont normales.

Le malade est déconstipé le quatorzième jour, difficilement d'ailleurs, malgré les lavements glycérinés et vaselinés.

Au mois d'octobre 1900, on ne constate pas trace de récurrence ; la guérison semble parfaite. Les fonctions sont normales, la continence est complète ; il n'y a pas de cicatrice apparente. Le doigt explorateur sent, au niveau de la suture, une arête linéaire à peine appréciable et très extensible.

OBSERVATION VI

(Présentée par M. DELORME, à la Société de chirurgie de Paris, séance du 26 juin 1901.)

Prolapsus datant de l'enfance. Echec du traitement antérieur.

Excision d'un manchon muqueux de 15 centimètres. Guérison.

X..., malade du service de M. Reynier. Il est porteur, depuis l'enfance, d'un prolapsus de 5 à 6 centimètres.

Antérieurement, il avait subi, pour de prétendues hémorroïdes, plusieurs opérations, et il lui en restait, outre de l'incontinence fécale, une cicatrice rectale qui, de la demi-circumférence antérieure de l'anus, se prolongeait en avant sur le périnée, dans l'étendue de plusieurs centimètres, ainsi que dans le rectum.

Une ligne cicatricielle se prolonge en arrière, et les deux tiers au moins du sphincter externe ont été sacrifiés.

Malgré ces conditions déplorable. l'opération est faite en 1900 par Delorme.

Elle est rendue difficile par la présence du tissu cicatriciel et par la destruction partielle du sphincter interne et externe ; on fait l'excision d'un manchon muqueux de 15 centimètres, et l'on suture comme d'habitude ; toutefois, en avant, la muqueuse est réunie à du tissu cicatriciel fibroïde.

Les suites opératoires sont bonnes. Le malade est déconstipé le quatorzième jour ; il y a réunion complète, sauf en avant.

La guérison semble donc parfaite ; l'incontinence fécale a disparu.

OBSERVATION VII

(Présentée par M. DELORME à la Société de chirurgie de Paris
le 2 juillet 1902.)

*Prolapsus du rectum. Excision de 12 centimètres de muqueuse.
Guérison de deux mois et demi.*

X..., militaire, atteint de prolapsus rectal datant de longues années et qui s'est accusé surtout depuis deux ans.

M. Delorme l'opère en avril 1902 suivant sa technique habituelle.

Il excise un manchon muqueux long de 12 centimètres. Il ne se produit aucun incident pendant l'intervention.

Le 2 juillet 1902, c'est-à-dire deux mois et demi après avoir été opéré, le malade est présenté à la Société de chirurgie dans un état très satisfaisant. La cicatrice est invisible. L'anus est dilatable et continent comme à l'état normal.

Pendant l'effort, l'orifice anal est refoulé, mais la muqueuse rectale ne fait pas la moindre saillie.

Le malade a été examiné par différents membres de la Société de chirurgie qui tous ont confirmé la valeur du résultat obtenu.

OBSERVATION VIII

(Présentée par M. Poirier à la Société de chirurgie de Paris
le 4 juillet 1900.)

*Prolapsus total, excision de la muqueuse de 18 centimètres.
Désunion de la suture. Mort par perforation.*

X..., 65 ans. Il est porteur, depuis un an et demi, d'un prolapsus rectal long de 12 centimètres. Depuis quatre ou cinq ans il présente des symptômes graves de rectite hémorroïdaire, s'accompagnant de pertes sanguines et glaireuses, fréquentes et abondantes.

Le prolapsus sort plusieurs fois par jour, mais il est d'ordinaire facilement réductible. La muqueuse rectale présente deux ulcérations, longues de 6 à 8 centimètres, larges de 4 à 5, dont les bords et le fond sont hypertrophiés et indurés. Pas d'hédocèle.

Le malade est opéré le 14 janvier 1900, suivant la technique décrite par Delorme.

La dissection de la muqueuse rectale se fait sans difficulté, sauf au niveau de la zone hémorroïdaire qui remonte à 6 ou 8 centimètres ; dans cette zone, l'hémorragie est abondante.

L'opérateur s'arrête dans son décollement dès qu'il a dépassé la limite des ulcérations. Le manchon muqueux excisé a une longueur de 18 centimètres.

Au cours de l'opération on constate que les sphincters sont très hypertrophiés ; on retient l'anneau sphinctérien par trois points de suture. On fixe la muqueuse à la peau par des points profonds et superficiels. On place deux drains.

Le cul-de-sac péritonéal a été vu, mais refoulé sans être ouvert.

Les résultats immédiats paraissent d'abord excellents ; il n'y a pas de tension de la muqueuse ; mais, au bout de quarante-huit heures, le malade présente une température de 38°6, son pouls est à 120. On refait le pansement.

Pendant les quatre jours suivants, la température oscille entre 37°8 et 38°6. Le malade a du ballonnement du ventre, mais il n'a pas de vomissements.

Au septième jour, la température monte à 39°4 et la mort survient au matin du huitième jour.

L'autopsie ne révèle pas trace de péritonite, mais, sous le péritoine pariétal, on trouve des ganglions iliaques ramollis et baignant dans le pus ; mêmes lésions dans le mésentère de l'anse colique.

Poirier, pour expliquer ce phénomène, admet que ces lésions sont dues aux ulcérations qui préexistaient ; l'opération n'a fait que donner un coup de fouet à l'infection. De plus, les sutures ont lâché et le cylindre muqueux est remonté à 10 centimètres.

OBSERVATION IX

(Recueillie par M. LOUBET, interne des hôpitaux de Paris, et publiée dans la thèse de Lenormant, de même que les observations de DELORME et POIRIER.

*Prolapsus ano-rectal. Excision de 15 centimètres de muqueuse.
Guérison. Rétrécissement.*

X..., 60 ans. Entre à Lariboisière, dans le service de M. Tuffier, pour prolapsus du rectum.

Le début de l'affection remonte à deux ans. Le prolapsus, à cette époque, n'apparaissait que dans les efforts considérables que faisait le malade pour aller à la selle ; il se réduisait ensuite, soit spontanément, soit par pressions peu énergiques.

Depuis trois mois, il occasionne de vives douleurs ; son volume est devenu plus considérable, la réduction n'est plus possible ; aussi, la malade est gênée, même pour marcher.

Actuellement, de l'anus sort une tumeur globuleuse, longue de 5 à 6 centimètres, revêtue d'une muqueuse intestinale boursoufflée, violacée, ulcérée en quelques points.

Sous l'influence d'un pansement humide appliqué pendant quelques jours, les ulcérations disparaissent, la masse dimi-

nue et se laisse facilement réduire, mais elle ressort au moindre effort. L'opération est faite le 10 juillet par M. Loubet, interne du service.

On pratique l'anesthésie par rachi-cocaïnisation. On fait une large dilatation anale avec le spéculum de Trélat, puis la muqueuse rectale est tendue par des pinces à greffes.

On trace au bistouri d'abord une incision demi-circulaire postérieure, puis une incision demi-circulaire antérieure, la complétant à l'incision de la muqueuse et de la peau.

On décolle au doigt la muqueuse de tout le péritoine du cylindre, de façon à bien dégager le sphincter, et cela le plus haut possible. Des pinces sont alors placées sur cette muqueuse, au-dessus du point où doit porter l'excision.

On résèque un manchon muqueux de 15 centimètres environ.

Quatre points au crin de Florence sont placés aux quatre points cardinaux du manchon et prennent la peau. L'abaissement de la muqueuse se fait d'ailleurs sans grande traction ; on fait l'affrontement exact par des crins intermédiaires.

Les suites opératoires sont normales.

La malade sort au dixième jour de sa propre volonté, et elle finit de guérir chez elle.

Elle a de l'incontinence pendant les deux ou trois premiers mois, puis tout rentre en ordre.

En juillet 1901, c'est-à-dire un an après l'opération, le prolapsus n'a pas récidivé et la malade n'a plus d'incontinence.

Toutefois l'orifice anal est rétréci sur sa demi-circonférence postérieure, qui est constituée par un tissu cicatriciel, dur, extensible, mais l'extrémité de l'index peut à peine y être introduite.

L'état général est bon.

OBSERVATION X

(Appartenant à M. JUVARA, de Budapest, et résumée par M. LENORMANT dans sa thèse.)

*Prolapsus rectal. Excision de la muqueuse.
Guérison de deux mois.*

X..., d'un âge moyen, commerçant. Il est porteur, depuis quatre ans, d'un prolapsus rectal complet du volume d'une mandarine.

Il est facilement réductible, mais cette affection fait énormément souffrir le malade.

Juvara intervient le 28 avril 1901 suivant la technique qu'il a décrite lui-même (voir chap. II). Excision de la muqueuse dans un premier temps, suture de soutien musculo-musculaire dans un deuxième temps, rétrécissement de l'orifice anal dans un troisième temps.

Les suites opératoires sont normales et on obtient une guérison per primam, sauf en un petit point postérieur qui, pour se cicatriser, a demandé un surplus de huit jours.

Le malade est revu deux mois après ; il se trouve dans un état de santé parfait.

Depuis 1903, nous n'avons trouvé dans la littérature médicale qu'un petit nombre d'observations se rapportant à ce sujet.

Rotter, en 1908, signale qu'il a opéré trois cas de prolapsus, suivant la méthode de Rehn et Delorme. Des 3 malades, 2 sont complètement guéris, le troisième, quelques mois après son opération, présenta une légère tendance à la récurrence.

Vignard publie, dans la *Gazette médicale de Nantes*, deux observations intéressantes.

CHAPITRE IV

REMARQUES ET CRITIQUES

Nous étudierons d'abord le mode d'action de cette opération, nous mettrons en valeur ses avantages et nous signalerons enfin les inconvénients de cette méthode.

A. — Mode d'action et avantages.

Delorme en a donné l'explication en mai 1900 à la Société de chirurgie de Paris.

Comment expliquer, dit-il, que la simple excision de la muqueuse suffise à empêcher toute récurrence ?

Pour les prolapsus sans invagination, l'explication est très simple. Le cylindre muqueux qui reste, après l'excision, est fixé par son ouverture inférieure au pourtour de l'anus; il forme une membrane fortement tendue et rigide, qui, soudée par sa face externe à la face interne du cylindre musculéux qui l'engaine, oblige ce dernier à épouser sa rigidité, et aussi, ultérieurement, il ne peut y avoir menace de récurrence.

Dans les cas graves, compliqués d'invagination, il faut faire intervenir, en plus, un autre facteur. L'excision porte à la fois sur le cylindre invaginant et sur le cylindre invaginé, au moins jusqu'à son orifice. Elle permet ainsi

l'accolement et la cicatrisation musculuse de ces deux cylindres, ce qui a pour résultat d'accumuler au-dessus du sphincter externe une masse de fibres musculaires lisses, formant, ainsi qu'on peut s'en convaincre, après cicatrisation, un large sphincter qui emprisonne largement le doigt explorateur.

En somme, ce procédé opératoire a pour résultat :

1° De supprimer le glissement.

2° D'augmenter l'épaisseur des tissus et, en particulier, des tissus contractiles, dans la région sphinctérienne.

3° De tendre la muqueuse.

Nous avons vu que Delorme a modifié dans la suite sa technique opératoire en y ajoutant un temps nouveau, la suture de soutien musculo-musculaire, que Juvara appelle le plissement de la musculuse.

Beaucoup d'auteurs, et en particulier Delbet, qui a fait une critique approfondie de cette méthode, considèrent ce temps comme le plus utile et c'est pour cette raison qu'il préfère à la méthode de Delorme la technique de Juvara qui attache une plus grande importance à cette plicature. Le tassement des fibres musculaires du prolapsus produit un canal serré, une filière étroite et longue qui embrasse l'extrémité inférieure de l'intestin et s'oppose d'une manière efficace à sa chute; le sphincter se trouve ainsi renforcé et s'oppose à toute récive.

Lenormant dans sa thèse, Gérard-Marchand dans son précis de chirurgie du gros intestin, se rangent à cette opinion; et nous croyons aussi que le plus gros mérite de cette méthode est de tirer profit des fibres musculaires nombreuses et hypertrophiées de la partie prolabée,

et de les transformer en un anneau épais qui renforce l'action des sphincter naturels.

Mais il serait illogique de nier le rôle que joue la résection de la muqueuse, car, à elle seule, cette opération a assuré la guérison de plusieurs malades, dont l'opéré de M. Leriche.

Enfin, cette méthode a une qualité incontestable : modifiée ou non, elle a donné des succès persistants et durables, elle a même réussi dans des cas où d'autres procédés opératoires avaient échoué (malade du service de M. Reynier).

Aussi, et c'est une des conclusions du rapport de Delbet sur cette opération, l'excision de la muqueuse a, par ses succès, le droit de prendre rang parmi les méthodes de traitement des prolapsus rectaux, totaux et étendus.

B. — Critiques.

Elles sont assez nombreuses.

1° L'opération elle-même est assez délicate :

Tous ceux qui l'ont pratiquée ont constaté la difficulté que l'on éprouve pour décoller la muqueuse.

Tantôt elle est trop friable, injectée, ulcérée, tantôt elle est très adhérente aux plans sous-jacents et, en admettant même qu'elle présente une solidité et une laxité suffisante, elle se prête toujours mal au décollement dans sa partie postérieure.

De plus, ce temps opératoire s'accompagne d'une hémorragie qui devient dans certains cas une complication réelle. — C'est une hémorragie en nappe, par conséquent difficile à arrêter, elle gêne l'opérateur, qui n'a pas

un champ opératoire net, elle peut enfin retentir gravement sur le malade, si celui-ci est âgé ou dans un état d'anémie prononcé. — C'est du moins l'impression de M. le docteur Leriche qui, étant donnée l'hémorragie qu'avait provoquée le décollement de la muqueuse chez son malade, considère l'opération comme très dangereuse chez les gens âgés ou dans un état de faiblesse et d'anémie assez prononcé.

Aussi bien, semble-t-il que l'on doive considérer que cet inconvénient est de nature à contre-indiquer formellement l'opération de Delorme-Juvara chez toute une catégorie de malades et les plus nombreux, si l'on veut se mettre à l'abri de tout danger immédiat.

Enfin, la limite du décollement n'est pas très bien fixée : Delorme lui-même, dans ses deux premières opérations, a réséqué 30 et 80 centimètres de muqueuse, et dans le dernier cas, cette résection exagérée a provoqué la mort du malade. Aussi, cet auteur, depuis cet échec, conseille d'arrêter le décollement dès qu'il y a traction légère.

Il n'en est pas moins vrai, que le décollement et la résection de la muqueuse rectale peuvent être des manœuvres délicates qui rendent l'opération elle-même difficile.

C. — Suites opératoires.

Dans les jours qui suivent immédiatement l'intervention, les malades opérés suivant la méthode de Delorme-Juvara ont à redouter deux grands dangers : la rupture des sutures et l'infection consécutive.

« Le vice et le danger de l'opération, remarque Delbet,

est d'escompter la résistance d'une muqueuse qui n'est pas résistante. » Elle n'est pas résistante, en effet, parce que, le plus souvent, elle est infectée, ulcérée, oedématiée, et il est imprudent de lui confier le rôle de sangle élastique destinée à supporter la masse réduite du prolapsus et de résister à la pression de la sangle abdominale.

Aussi, même dans les cas les plus favorables, le malade traverse, pendant les vingt jours qui suivent l'opération, une période critique pendant laquelle il doit être soumis à une immobilisation rigoureuse. Car, le moindre mouvement un peu brusque, une simple traction mécanique peuvent faire lâcher les sutures. Que le malade soit un nerveux (comme dans le cas malheureux signalé par Delorme), qu'il ait des vomissements post-anesthésiques un peu violents, que, par une négligence dans le régime, la constipation ne soit pas absolue, et le bout inférieur de la muqueuse rectale, libéré de ses attaches, remontera jusqu'à 10 centimètres dans l'abdomen (obs. de Poirier). Les sutures peuvent encore ne pas tenir, par suite de l'infection immédiate, et cette complication, malgré toutes les précautions prises, peut survenir, soit parce qu'il est impossible de faire l'antisepsie rigoureuse de la région anale, ou que, d'autres fois, la muqueuse du prolapsus soit presque toujours infectée et ulcérée.

Les sutures peuvent donc lâcher; on assiste alors à l'ascension de la muqueuse, qui constitue un terrible danger. Déjà, par deux fois, dans la littérature médicale, cet accident a été signalé (obs. II de Delorme, obs. de Poirier). Dans les deux cas, il a été suivi d'infection (péritonite, phlegmon adéno-iliaque), et il a provoqué la

mort des malades. Cette infection aiguë du champ opératoire a ainsi élevé la mortalité qui grève la méthode de Delorme à 18 p. 100, ce qui représente un chiffre très élevé, si l'on compare ces résultats à ceux des autres opérations préconisées contre le prolapsus du rectum.

L'ascension de la muqueuse constitue une complication effroyable, même si elle n'est pas suivie d'infection aiguë, ou si cette infection ne devient pas mortelle. Car, infailliblement, il se produit dans la suite un rétrécissement ou une atrésie effroyable.

Delorme, qui admet la possibilité de cet accident, ne croit pas que le chirurgien soit armé en pareille occurrence; car, dit-il, si je constatais la désunion des sutures, je chercherais d'abord l'immobilité complète de l'intestin par un traitement opiacé énergique. J'obturerais l'orifice par un tampon antiseptique appliqué avec soin, sans pression. Lorsque au bout d'une huitaine de jour le canal celluleux serait devenu granuleux, je dilaterais largement le sphincter, sous anesthésie. Je reprendrais avec une pince la muqueuse, qui se laisserait bien attirer, et après avoir, par raclage à la curette, avivé la surface du manchon granuleux, surtout près de la ligne sphinctérienne, je fixerais la muqueuse par des fils de soutien, de nouveaux fils en U, des fils à points passés, recherchant en somme une réunion immédiate secondaire. »

Comme le fait remarquer Lenormant, il n'est pas prouvé que cette nouvelle suture tienne, et l'on pratique ainsi deux opérations très sérieuses, à court intervalle, sur un malade qui, la deuxième fois, a peu de chance d'en guérir !

Le rétrécissement peut être tardif et se produire long-

temps après. C'est ainsi que, dans le cas de Loubet, le rétrécissement est apparu un an après l'intervention, se caractérisant, non par des troubles fonctionnels, mais par la transformation de l'anus en un orifice sténosé à peine perméable pour l'index-explorateur.

Enfin, Rotter signale récemment un cas où la récurrence s'est produite trois mois après, et c'est pour éviter cet insuccès qu'il conseille d'associer à cette méthode le procédé d'Helpeuch ou d'Hoffmann.

Et ainsi, nous sommes obligé de conclure que l'opération de Delorme-Juvara n'est pas à l'abri de toute critique :

1° L'opération, en elle-même, n'est pas toujours facile, et se complique parfois d'hémorragie abondante.

2° Les suites opératoires immédiates sont sous la menace :

- a) De l'infection.
- b) De la rupture des sutures.
- c) D'effroyables atrésies et rétrécissement.

3° Plus tard, il faut craindre

Le rétrécissement.

La récurrence.

On voit donc que ce procédé, comme, malheureusement, tous les autres, donne des succès et a des revers.

Sans doute, il ne faut pas trop tenir compte de la mortalité élevée qui grève cette méthode. Pour son cas mortel, comme le dit Delbet, M. Delorme s'est laissé entraîner par son ardeur paternelle au delà des indications qu'a sa méthode, et il n'est pas prouvé, pour le malade de Poirier, que la mort soit due à l'opération elle-même. En tout cas, ces exemples sont insuffisants pour dire que

cette méthode doit être contre-indiquée, dans tous les cas où le prolapsus est infecté, la muqueuse altérée par des ulcérations étendues et profondes, dans les cas où il y a étranglement et tendance à la gangrène.

A cette première contre-indication, nous en ajouterons deux autres, qui sont plus relatives :

Au moment du choix de l'opération, il faudra écarter cette méthode, si le malade est un vieillard, ou s'il est un débilité en état d'anémie, car l'hémorragie opératoire peut avoir de graves conséquences.

Il faudra également rejeter cette méthode si l'on n'est pas sûr des gardes-malades. Car, pour obtenir le succès, il faut être entouré d'un personnel intelligent et sûr qui, pendant la période critique qui suit l'opération, mette le malade à l'abri de toute imprudence.

Nous inclinons à adopter, comme conclusion, le jugement que La Ferté, dans sa thèse, porte sur cette méthode :

Il faut, dit-il, que la muqueuse rectale soit saine et résistante, c'est-à-dire qu'à priori cette méthode est peu utilisable, tout au plus c'est une méthode aussi simple qu'élégante, lorsqu'on la réserve à des prolapsus petits et non infectés; elle doit alors être considérée comme bonne, et peu dangereuse, à condition de ne pas exagérer la longueur de résection du cylindre muqueux (15 à 20 centimètres au plus), et de placer des sutures multiples plissant et unissant la tunique musculieuse du rectum au sphincter anal.

Pour résumer l'opinion de notre maître, M. le professeur agrégé Leriche, nous dirons que la méthode de Juvvara-Deforme n'est applicable qu'aux cas où le prolapsus

est peu considérable, la muqueuse saine, résistante. Or, ces cas se voient chez les malades jeunes; le prolapsus est alors congénital et l'opération, dans ces conditions, c'est la colopexie, parce que l'affection est due à l'excès de longueur de l'S iliaque et sa tendance à descendre.

Ainsi donc, l'opération de Delorme-Juvara, strictement limitée à un petit nombre de cas, n'est pas encore, dans cette sphère, l'opération de choix; elle n'a donc aucune indication absolue.

D'ailleurs, il ne peut en être autrement, car il est démontré aujourd'hui que les prolapsus rectaux totaux relèvent de deux causes :

Tantôt le périnée a perdu sa résistance et provoque la chute et le prolapsus du rectum.

Tantôt cette affection est due à un excès de longueur de l'S iliaque et sa tendance à descendre.

Dans le premier cas, il faut faire une périnéoraphie postérieure, avec myoraphie des releveurs de l'anus, pour reconstituer solidement le plancher que forme le périnée.

Dans le second cas, il faut pratiquer une colopexie.

Enfin, dans les cas complexes où les deux causes interviennent pour produire la déformation, il faut faire les deux opérations.

CONCLUSIONS

I. — Dans les cas de prolapsus du rectum, chez l'adulte, l'opération de Delorme-Juvara, c'est-à-dire la résection du cylindre muqueux exubérant, complétée généralement par le plissement transversal des fibres musculaires de la portion prolabée, est une intervention qui est rarement pratiquée.

II. — Une quinzaine de cas au plus sont signalés dans la littérature médicale : aussi, l'observation inédite que nous apportons présente une certaine valeur.

III. — Les résultats donnés par cette méthode sont bons, en général, mais les indications en sont très restreintes, car l'opération est très hémorragique, parfois, et demande, pour réussir, à être faite sur un terrain non infecté; aussi, elle doit être réservée aux sujets jeunes et au prolapsus peu marqués et non infectés, et encore, dans ce cas, c'est la colopexie qui représente l'opération de choix.

Vu
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu :
Le Président de la Thèse,
PONCET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 23 décembre 1911.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ROTTIER. — Pathogénie et traitement opératoire du prolapsus rectal. Réunion libre des chirurgiens de Berlin. Séance du 10 février 1908, in *Zentralblatt für Chirurgie* 1908, n° 17. et in *Deutsches Medicinische Wochenschrift*, 1908, n° 16.
- VIGNAUD. — *Gazette médicale de Nantes*, 1908. Deux cas de prolapsus des Recluses traités par l'opération de Delorme Juvenen.
- LA FERTÉ. — Thèse de Paris, 1905-06.
- ROBERT. — Thèse de Lyon, 1908-1909.
- JOLY. — Thèse de Paris, 1902-1903. Contribution à l'étude du prolapsus du rectum.
- EISELSBERG (de Vienne). — Traitement opératoire des volumineux prolapsus du rectum. XXXI^e Congrès de la Société Allemande de Chirurgie.
- MARCHAND-GÉRARD. — Chirurgie du gros intestin. Bibliothèque de Chirurgie contemporaine.
- LENORMANT. — Thèse de Paris, 1902-1903.
- DELORME. — Présentation de malades, Société de Chirurgie de Paris, 8 février 1899. — Communication à la Société de Chirurgie, 9 mai 1900; — Communication à la Société de Chirurgie, 30 octobre 1900; — Présentation de malades à la Société de Chirurgie, 2 juillet 1902.
- DELBET. — Rapport sur un nouveau procédé de cure radicale du prolapsus complet du rectum, par Juvara, de Bukarest, Société de Chirurgie, 9 juillet 1901. Discussion : Quénu, Tuffier, Poirier, Reclus, Delorme, 10 juillet.
-

